

Jacqueline Kostka, Sema Olukcu, Katharina Rathmann

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung: Aktuelle Herausforderungen

Die im Folgenden dargestellten Inhalte basieren alle auf der Masterarbeit zum Thema „Zugang zu und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus Expert_innensicht zu förderlichen und hinderlichen Faktoren“ (Kostka & Olukcu, 2018). Um die Ergebnisse einer möglichst breiten Leserschaft zur Verfügung zu stellen, wurden weitere Publikationen, die ebenfalls auf den Ergebnissen der Masterarbeit beruhen, veröffentlicht (Olukcu, Kostka & Rathmann, 2019; Rathmann et al., 2019; Olukcu, Kostka & Rathmann, 2018). Da alle Veröffentlichungen auf Basis der Masterarbeit verfasst wurden, kann es zu inhaltlichen Überschneidungen und ähnlichen Formulierungen kommen.

Einführung und Forschungsstand

Laut dem zweiten Teilhabebericht steigt die Anzahl der Menschen mit Behinderung durch den demografischen Wandel stetig an. Insgesamt leben in Deutschland ca. 13 Mio. Menschen mit einer Beeinträchtigung (BMAS, 2016). Es wird prognostiziert, dass der Anteil älterer Erwachsener mit geistiger Behinderung von 10% im Jahr 2010 auf 31% im Jahr 2030 ansteigen wird (Dieckmann & Giovis, 2014). Daher ist zu überlegen, wie eine spezielle medizinische Versorgung dieser Zielgruppe gewährleistet werden kann und wie Barrieren in der Versorgung behoben werden können (Ervin et al., 2014; Naaldenberg et al., 2015; Seidel, 2013; Steffen & Blum, 2011; WHO, 2018).

Die Gesundheit der Personengruppe von Menschen mit geistiger Behinderung ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stärker gefährdet (Krahn & Fox, 2014). Es existiert kein flächenweites Angebot an Leistungserbringenden mit Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Behinderung oder medizinischem Know-how (Steffen & Blum, 2011; Rathmann et al., 2019). Eine angepasste Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ist notwendig, damit sie in ihrer gesundheitlichen Versorgung nicht benachteiligt werden (Hasseler, 2014). Daher bedarf es zusätzlicher Angebote in der medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung (Chaplin et al., 2009) sowie mehr Forschung in diesem Bereich, um die Versorgung zu verbessern (Ervin et al., 2014). Allgemein umfassen die Versorgungsbarrieren, die sich vor allem auf Menschen mit Behinderung auswirken: Umwelt, Finanzen und Struktur, Faktoren der Leistungserbringenden, Faktoren der Klient*innen und Kommunikation (Schülle, 2016).

Kindern und Jugendlichen mit Behinderung steht in Sozialpädiatrischen-Zentren eine gesundheitliche Versorgung zur Verfügung, jedoch fehlte eine adäquate Anschlussversorgung bislang im Erwachsenenbereich (Bredel-Geißler & Peters, 2016).

Damit eine umfassende gesundheitliche Versorgung auch für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung ermöglicht werden kann, wurde im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes mit §119c im SGB V, eine neue gesetzliche Regelung geschaffen, die

seither dieser Zielgruppe eine medizinische Versorgung in MZEBs ermöglicht und so die Versorgungslücke schließen soll.

Hintergrund

In Abbildung 1 zur gestuften Gesundheitsversorgung ist zu erkennen, dass MZEBs die haus- und fachärztliche Versorgung erweitern. Sie stellen eine spezialisierte Versorgungsform in Ergänzung zum Regelsystem dar und setzen dort an, wo das Regelsystem bezüglich einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung an seine Grenzen stößt. Mit der Versorgung in MZEBs wird jedoch immer eine Wiedereingliederung ins Regelversorgungssystem beabsichtigt, da keine Dauerbehandlung angeboten wird, sondern Diagnose- und Behandlungspläne erstellt werden, die dann wiederum für eine weitere Behandlung im Regelsystem genutzt werden können (Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, 2011).

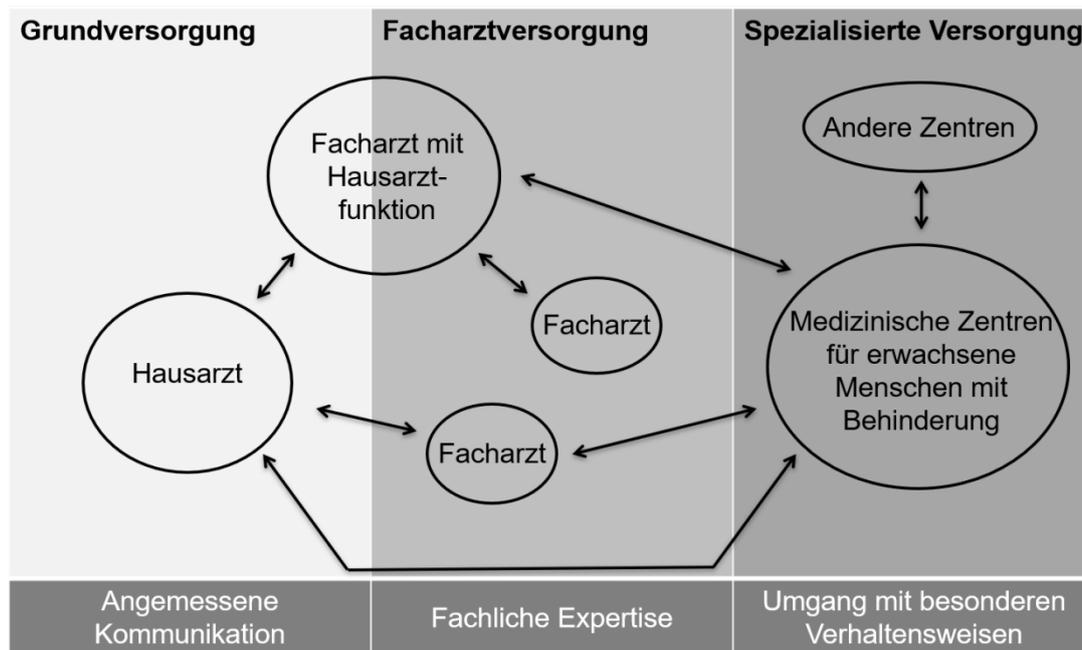


Abbildung 1: Gestufte Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung in Anlehnung an Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, 2011, S.4)

Menschen mit Behinderung benötigen eine spezialisierte Versorgung unter Berücksichtigung behindertenspezifischer Merkmale und hinderlicher sowie förderlicher Faktoren innerhalb der Gesundheitsversorgung. Aus diesem Grund wurde das im Folgenden dargestellte Modell (Abbildung 2), in Anlehnung an das „Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ von Andersen (1995) und den von Schülle (2016) zusammengetragenen Barrieren in der Gesundheitsversorgung, entwickelt. Das Modell inkludiert behindertenspezifische Merkmale, um förderliche und hinderliche Faktoren im Zugang zu und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung aufdecken zu können (Kostka & Olukcu, 2018).

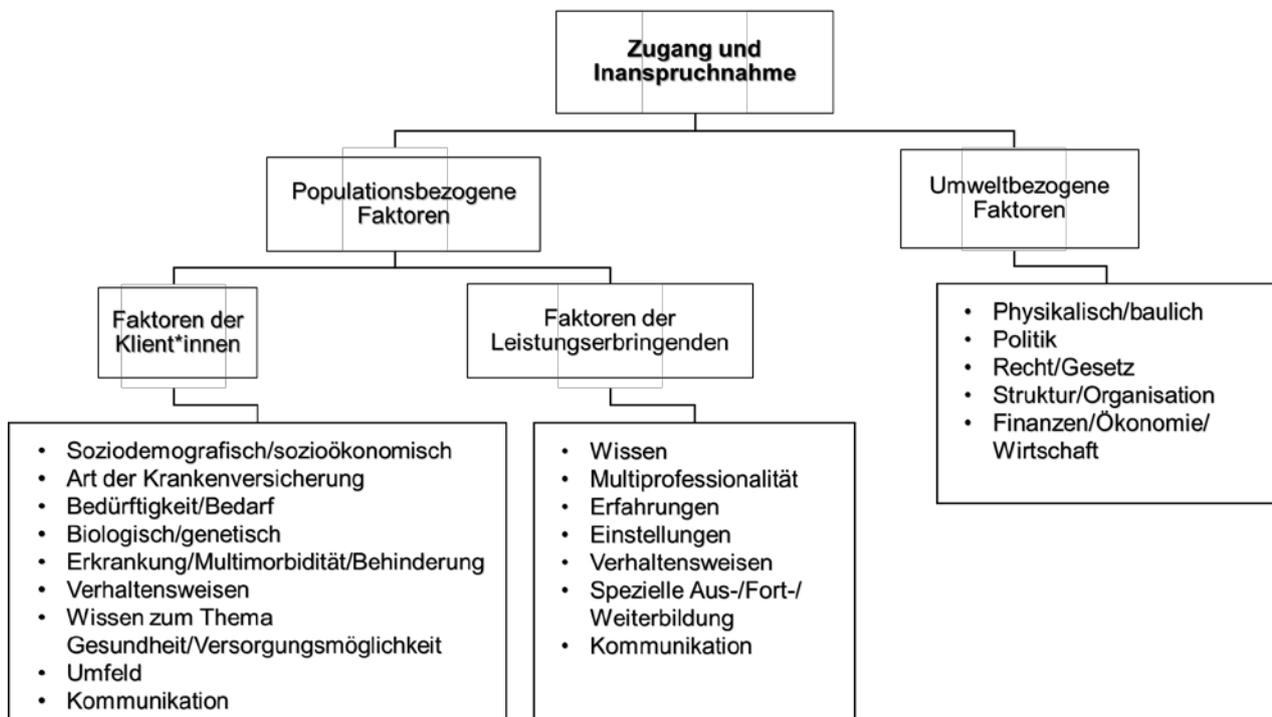


Abbildung 2: Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im MZEB (eigene Darstellung in Anlehnung an Andersen, 1995; Schülle, 2016)

Die Faktoren, die Zugang und Inanspruchnahme bedingen, lassen sich in *populationsbezogene* und *umweltbezogene* unterteilen. Die populationsbezogenen Faktoren beziehen sich auf die Individuen und lassen sich nochmal in Faktoren unterteilen, die zum einen die Klient*innen und zum anderen die Leistungserbringenden betreffen (Kostka & Olukcu, 2018).

Unter die *Faktoren der Klient*innen* fallen z. B. soziodemografische/sozioökonomische Hintergrundmerkmale (u. a. Bildung, Einkommen), die Art der Krankenversicherung (gesetzlich, privat) und das Umfeld der Klientel.

Zu den *Faktoren der Leistungserbringenden* gehören z. B. die Erfahrungen, Einstellungen, Verhaltensweisen sowie das vorhandene Fachwissen.

Die *umweltbezogenen Faktoren* beziehen sich auf physikalische/bauliche, politische, rechtliche, organisatorisch-strukturelle, finanzielle, ökonomische und wirtschaftliche Aspekte (ebd.).

Forschungsziele

Die verfolgten Ziele auf Grundlage des entwickelten Modells mit behindertenspezifischen Merkmalen waren:

1. Die Gestaltung des Zugangs und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung im MZEB zu erfassen,
2. förderliche und hinderliche Faktoren dabei zu ermitteln und
3. den Verbesserungsbedarf zu erheben.

Die Forschungsergebnisse tragen dazu bei, Stellschrauben zur Sicherstellung von medizinischer Versorgung in MZEBs aufzudecken. Zudem können die Ergebnisse als Richtlinie für andere MZEBs nutzbar gemacht werden (Kostka & Olukcu, 2018).

Material und Methode

Für das Forschungsvorhaben war der Feldzugang in einem MZEB in Westdeutschland sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (BAG MZEB) gegeben. Das qualitative Studiendesign umfasste 8 Interviews mit einem Kernbehandler*innenteam im MZEB, zusammengesetzt aus Psycholog*innen, Psychiater*innen, Ergotherapeut*innen, medizinischen Servicekräften und dem Management sowie einem Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (BAG MZEB). Die Durchführung erfolgte mittels qualitativer leitfadengestützter Expert*inneninterviews. Der verwendete Leitfaden basiert auf vorher festgelegter, aus der Theorie entnommener Themenbereiche und baut auf dem entwickelten Modell auf. Die Themenbereiche umfassen: Leistungen im MZEB, Überweisung ins MZEB, Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen, Transition, Aufnahmephase, Behandlungsphase, Faktoren der Klient*innen und Leistungserbringenden, Politik, Recht, Finanzierung und Struktur. Die Auswertung basiert auf der strukturierenden und zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) (Kostka & Olukcu, 2018).

Ergebnisse und Interpretation

In den Interviews stellte sich bzgl. der *populationsbezogenen Faktoren* heraus, dass sozioökonomische Faktoren den Zugang nicht hindern. Aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit vieler Klient*innen besteht eine Kommunikationsbarriere, was hinderlich für Zugang und Inanspruchnahme sein kann. Eine befragte Person sagte dazu: „Viele Klienten sprechen sehr undeutlich, haben also logopädische Probleme mannigfacher Art und viele [...] haben auch, ich sag mal, fast ihre eigene Sprache“ (Kostka & Olukcu, 2018). Daher ist es für den Zugang und die Inanspruchnahme förderlich, wenn z. B. Familienmitglieder die Klient*innen ins MZEB begleiten.

Zu den *umweltbezogenen Faktoren* im Bereich der Struktur und Organisation konnte herausgefunden werden, dass es förderlich ist, wenn MZEBs die Aufgabe übernehmen, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung zu planen und zu organisieren. Es ist ebenfalls förderlich, dass im MZEB genügend Zeit für die Versorgung vorhanden ist, was bei Haus- und Fachärzt*innen oft nicht der Fall ist. Zurzeit berichten die Klient*innen über lange Wartezeiten, bis sie einen Termin im MZEB bekommen, was ein hinderlicher Faktor für Zugang und Inanspruchnahme darstellt. Hierzu erzählte eine befragte Person: „Ist schon eine längere Warteliste jetzt entstanden, so bis sechs Monate müssten die Patienten dann schon warten“ (ebd.).

Im MZEB ist (bislang) keine dauerhafte Behandlung möglich, sondern es geht darum die Behandlung zu planen und zu erproben. Viele Klient*innen wünschen sich jedoch die Möglichkeit einer dauerhaften Behandlung. Zurzeit gibt es Kriterien, die festhalten, wer im MZEB behandelt werden darf und wer nicht. Die Befragten sind der Meinung, dass die Zugangskriterien anders festgelegt sein sollten. Sie finden ein Grad der Behinderung von mind. 70 und das Vorliegen von bestimmten ICD-10 Diagnosen sollten nicht die Zugangskriterien sein, stattdessen sollten die Zugangskriterien überarbeitet werden. Gleichzeitig sind die Befragten der Meinung, dass im Gesetz nicht eindeutig festgehalten ist, wer zu den anspruchsberechtigten Personen gehört, die im MZEB behandelt werden dürfen. Eine Überarbeitung des Gesetzes wird daher von den Befragten als notwendig erachtet (ebd.).

Ein förderlicher Faktor vonseiten der Leistungserbringenden ist die Multiprofessionalität, durch die eine bestmögliche Gesundheitsversorgung angeboten wird. Zur multiprofessionellen Arbeit sagte eine befragte Person: „Das heißt, jeder Einzelne hat natürlich Schwerpunkte und Stärken, aber das Positive ist ja, dass wir [das] dann durch diese Teamarbeiten im Grunde bündeln können“ (ebd.).

Damit es genügend Fachkräfte für die spezielle Versorgung von Menschen mit Behinderung gibt, ist es notwendig, Fortbildungen für Behandler*innen im Bereich der Behindertenmedizin anzubieten. Auch seien Lehrstühle für Behindertenmedizin in ganz Deutschland zu etablieren. Weitere Verbesserungsmaßnahmen bzgl. des Zugangs und der Inanspruchnahme können durch die Politik vollzogen werden, wie z. B. durch die Einführung von Informationsplattformen, um die Möglichkeit der Versorgung in MZEBs bekannter zu machen und dadurch gleichzeitig Klient*innen im Zugang zu unterstützen. Hierzu erzählte eine Person: „Vielleicht könnte man sich vorstellen, dass die große Politik das noch ein bisschen bekannter macht, vielleicht auch [...] internetbasiert, so ein Informationszentrum dazu einrichtet, wo dann eben Menschen das lokal am besten erreichbare MZEB dann eben finden könnten. Das man da in dem Zugang als Patient vielleicht noch mehr unterstützt wird“ (ebd.).

Für Zugang und Inanspruchnahme ist es im Bereich der Finanzierung hinderlich, dass das Geld, was die MZEBs zum Zeitpunkt der Befragung bekamen, nicht ausreichend war. Daher war es geplant, mit den Krankenkassen eine neue Quartalspauschale zu verhandeln, die die im MZEB entstehenden Kosten deckt. Außerdem ist unter Finanzierung auch hinderlich, dass keine Anschubfinanzierung für die Gründung von MZEBs gegeben ist (ebd.).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse:

- Die Kostenübernahme ist künftig sicherzustellen,
- politische Maßnahmen zur Bekanntmachung des Versorgungsangebotes in MZEBs sind erforderlich sowie
- die Überarbeitung der rechtlichen Rahmenbedingungen für eine eindeutigere Definition der zugangsberechtigten Zielgruppen ist notwendig (Kostka & Olukcu, 2018).

Überdies ist eine umfassendere Forschung in diesem Bereich unerlässlich, um weitere Erkenntnisse zur Versorgungssituation von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu erhalten und

diese kontinuierlich zielgruppenadäquat zu verbessern. Dafür sollte die Zielgruppe selbst in diesen Prozess einbezogen, der Umfang des Studiendesigns ausgeweitet werden und Evaluationsforschung erfolgen (ebd.).

Literatur- und Quellenangaben:

Andersen, Ronald M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1, 1-10.

Bredel-Geißler, Anne & Peters, Helmut (2016): Nicht eigenständig lebende Menschen. In M. Oldhafer (Hrsg.), *Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit* (S. 134-148). Stuttgart: Schattauer.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS (Hrsg.). (2016): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. (30. Juli 2018). Verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Chaplin, Eddie, O'Hara, Jean, Holt, Geraldine & Bouras, Nick (2009): Mental health services for people with intellectual disability: challenges to care delivery. *British Journal of Learning Disabilities*, 37, 2, 157-164.

Dieckmann, Friedrich & Giovis, Christos (2014): Demographic Changes in the Older Adult Population of Persons with Intellectual Disability in Germany. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11, 3, 226-234.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Hrsg.). (2011): *Gemeindenaher Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung*. (18. August 2018). Verfügbar unter <https://www.diefachverbaende.de/files/fachthemen/2011-04-13-GesamtdokumentGesundheitssystem-mit-Anlagen.pdf>

Ervin, David A., Hennen, Brian, Merrick, Joav & Morad, Mohammed (2014): Healthcare for persons with intellectual and developmental disability in the community. *Frontiers in public health*, 2, 1-8.

Hasseler, Martina (2014): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 139, 40, 2030-2034.

Kostka, Jacqueline & Olukcu, Sema (2018): Zugang zu und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus Expert_innensicht zu förderlichen und hinderlichen Faktoren. Unveröffentlichte Masterarbeit, Technische Universität Dortmund.

Krahn, Gloria L. & Fox, Michael H. (2014): Health disparities of adults with intellectual disabilities: what do we know? What do we do? *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 27, 5, 431-446.

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Naaldenberg, Jenneken, Banks, Roger, Lennox, Nick, Ouellette-Kunz, Hélène, Meijer, Marijke & van Schroyen Lantman-de Valk, Henny (2015): Health inequity in people with intellectual

disabilities: from evidence to action applying an appreciative inquiry approach. Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID, 28, 1, 3-11.

Olukcu, Sema, Rathmann, Katharina & Kostka, Jacqueline (2019): Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). Impulse für Gesundheitsförderung, 102, 22-23.

Olukcu, Sema, Kostka, Jacqueline & Rathmann, Katharina (2018): Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus ExpertInnenansicht. PpM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68, 08, e38-e38.

Rathmann, Katharina, Kostka, Jacqueline, Olukcu, Sema & Karbach, Ute (2019): MZEB: Interviewstudie zu aktuellen Herausforderungen. CBP-Info (Beihefter Zeitschrift Neue Caritas):12-13.

Schülle, Mirjam (2016): Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. (13. März 2018). Verfügbar unter http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D33-2016_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_mit_geistiger_und_mehrfacher_Behinderung_Teil_1.pdf

Schülle, Mirjam & Hornberg, Claudia (2016): Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung: Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59, 9, 1117-1124.

Seidel, Michael (2013): Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen. Deutsches Ärzteblatt, 110, 33-34. Interview mit Prof. Dr. med. Michael Seidel, Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. (13. März 2018). Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=145266>

Steffen, Petra & Blum, Karl (2011): Die wohnortnahe medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in zwei Hamburger Bezirken. Bei besonderer Berücksichtigung der Phase des Übergangs vom Jugend- in das Erwachsenenalter. (05. März 2018). Verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/kurzfassung_medizinische_versorgung_von_menschen_mit_behinderung.pdf

Theilmann, Martin (2018): Die Ermächtigung Medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V. GesundheitsRecht, 17, 5, 289-293.

Weber, Sascha (2015): Umsetzung der UN-BRK in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Stand und Perspektiven. Sozialer Fortschritt, 64, 11, 273-279.

World Health Organization (Hrsg.). (2018): Disability and health. (05. März 2018). Verfügbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>

Kontakt

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Hochschule Fulda | Fulda University of Applied Sciences
Fachbereich Pflege und Gesundheit | Department of Nursing and Health Science
Leipziger Straße 123
36037 Fulda
Fon: +49 (0)661 9640-6418
Mail: katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de

Sema Olukcu, M.A. Rehabilitationswissenschaften

Mail: sema.olukcu@tu-dortmund.de

Jacqueline Kostka, M.A. Rehabilitationswissenschaften

Mail: jacqueline.kostka@tu-dortmund.de